

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Mimbó, Amarante/PI

Osvaldo Castellanos Rabanal

Pelotas, 2015.

Oswaldo Castellanos Rabanal

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Mimbó, Amarante/PI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Nailê Damé-Teixeira

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catálogo na Publicação

R112m Rabanal, Osvaldo Castellanos

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Mimbó, Amarante/PI / Osvaldo Castellanos Rabanal; Nailê Damé-Teixeira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Saúde do Idoso
4.Assistência domiciliar 5.Saúde Bucal I. Damé-Teixeira, Nailê, orient.
II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

.....Dedico meu trabalho a meus filhos e meus pais por me inspirar a lutar por uma vida melhor, e ao meus professores, pelos ensinamentos para poder ser um melhor profissional.....

Agradecimentos

Agradeço a Deus por todo o que na vida mim deu, ao Governo do Brasil pela confiança e a oportunidade de poder servir com humildade a seu povo.

À Universidade Federal de Pelotas, por a condução cientista de meu trabalho.

Aos meus professores, por sua dedicação na educação no trabalho diário.

Resumo

RABANAL, Osvaldo Castellano. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa Idosa na ESF Mimbó, Amarante/PI**. 2015. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento tem ocorrido de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. A tendência mundial mostra que em breve existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno que vem acompanhado do aumento de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. Após uma análise situacional sistemática, observou-se haver falhas na atenção à saúde do idoso na ESF Mimbó. Não havia integralidade da atenção e não se atingia toda a população de idosos da área, além de ser necessário melhorar a qualidade da assistência a doenças crônicas. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção de saúde da pessoa idosa na ESF Mimbó, no município de Amarante, Estado do Piauí. A área adstrita da ESF Mimbó tem uma população de 2971 usuários, deles 426 são idosos, representando 14,3% da população que está envelhecida. Esta foi a população alvo da intervenção. Destes, 342 apresentavam pelo menos uma doença crônica. Para alcançar o objetivo, foi seguido como protocolo o caderno de atenção básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a intervenção incluiu ações de monitoramento, organização e gestão dos serviços, engajamento público e melhoria da prática clínica. Os dados de cada usuário foram coletados em uma ficha-espelho e processados na planilha de coleta de dados. Os resultados dos indicadores avaliados durante os quatro meses da intervenção mostraram importante aumento da cobertura, onde 100% dos idosos da área de abrangência foram avaliados pela equipe ao final da intervenção. Além do aumento significativo e progressivo da cobertura, também houve uma melhoria importante de todos os indicadores de qualidade: todos os indicadores foram mantidos em 100% durante a intervenção. Pode-se concluir que a intervenção trouxe melhora na integralidade e qualidade do atendimento, qualificando o trabalho de equipe e aumentando a participação da comunidade nas atividades educativas, com o intuito de promover saúde e prevenir doenças na população envelhecida.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Saúde do Idoso; Assistência domiciliar; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

- Figura 1 Proporção de idosos inscritos no programa da UBS Mimbó entre 56
os meses de abril a junho de 2015, cidade de Amarante, estado
de Piauí. 2015.

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS-	Atenção Primária de Saúde
CAD-Único	Cadastramento Único
DANT-	Doenças e Agravos Crônicos não Transmissíveis
DM-	Diabetes Mellitus
DST-	Doença de Transmissão Sexual
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS-	Hipertensão Arterial
IDHM-	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
NASF-	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
SUS-	Sistema Único de Saúde
UBS-	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma.....	50
3 Relatório da Intervenção.....	50
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados.....	57
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	68
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Referências	71
Apêndices.....	723
Anexos	75

Apresentação

A expectativa no Brasil para 2050 é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado, com conseqüente aumento de doenças e agravos crônicos não transmissíveis que vem com a idade. O envelhecimento requer acompanhamento constante e tentativa de prevenir ou minimizar danos causados por essas doenças. Visando acompanhamento dos idosos, este trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família da UFPEL/UNASUS realizou uma intervenção para aumento da cobertura e melhoria da qualidade do atendimento prestado aos idosos da área da ESF Mimbó, em Amarante/PI.

O trabalho apresentado consta de sete capítulos, onde temos a análise situacional da ESF/APS no primeiro; análise estratégica onde estão estruturados a justificativa, objetivos e metas e a metodologia do projeto de intervenção no segundo, o relatório da intervenção onde temos as ações previstas e desenvolvidas e não desenvolvidas no terceiro, e a avaliação da intervenção com os resultados e a discussão no quarto. Os quinto e sexto capítulos correspondem ao relatório para gestores e comunidade e, finalizando, uma análise do processo de aprendizagem. Nos anexos serão apresentadas as ferramentas usadas na intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O sistema de saúde na Amarante tem adstrita uma população de 17153 habitantes, a distribuição de unidades de saúde é como segue: uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família, 14 UBS tradicionais, há disponibilidade de um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), que conta com: Psicólogo, Fisioterapeuta, Educador Físico, Nutricionista. Não temos disponibilizado Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município tem atenção Hospitalar com muitas limitações, e a atenção primária conta com exames complementares básicos para estudos de rotina.

Temos vínculo com o SUS com as visitas de assessoramento, supervisão e trabalho comunitário conjuntos, não há vínculos com nenhuma instituição de ensino e o modelo de atenção é ESF, a população adstrita 16 regiões com uma população de 2971 usuários. São 784 famílias cadastradas, 323 crianças na escola, 1715 usuários acima de 15 anos alfabetizados, 29 pessoas cobertas com planos de saúde, 74 famílias cadastradas no programa Bolsa Família, 73 famílias inscritas no CAD-Único, 662 famílias são beneficiadas com o abastecimento de água na rede, 202 famílias não possuem tratamento de água domiciliar, 502 famílias possuem o destino das fezes e urina em fossa e 282 a céu aberto e, por fim, 758 famílias com energia elétrica.

As principais doenças que precisam de atenção são as doenças respiratórias, em especial as viroses, o parasitismo intestinal como os acaris lumbricóides, acidentes de motos, síndrome de corrimento vaginal, síndrome de

inflamação pélvica, doenças de pele, anemias, doenças cônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, etc.

Para o atendimento da população contamos com uma estrutura física composta por uma sala de espera para 20 pessoas, uma recepção para acolher aos usuários, uma sala de vacinas, um consultório médico, um consultório de enfermagem, um banheiro para deficientes e um para os profissionais, uma consulta odontológica, local de lixo e local de esterilização com corretas características técnicas e equipamentos, os locais de atendimento contam com boas dimensões, correta iluminação e estes requisitos possibilitam o serviço de excelência à comunidade. Tem garantida a distribuição de recursos, instrumental clínico, mobiliário, recursos humanos, medicamentos para a sustentabilidade do programa.

A taxa de Mortalidade infantil caiu muito nos últimos anos no município de Amarante, graças à criação de alguns programas do Ministério de Saúde, como o Programa Cegonha, e do Governo, como a Bolsa Família com o intuito de diminuir a pobreza, ampliação da cobertura da estratégia saúde da família e outros fatores como o programa de saúde da criança que tem ações de seguimento e educação à família e um sistema de informação que permite a avaliação do programa pelas equipes de saúde.

As ações em função da prevenção e controle do câncer do colo de útero e câncer de mama, como: palestras que são feitas para ensinar aos grupos de risco realizar o auto-exame da mama, mulheres do grupo risco com mais de 25 anos e com vida sexualmente ativa até 64 anos (realiza-se citologias preventivas). A consulta de Hiperdia é ligada aos processos educativos, onde a pessoas tem os cuidados necessários para manutenção de sua saúde, estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também a avaliação e estratificação do risco para doenças cardiovasculares, é feita a prevenção e controle de seus fatores de risco. Também realizamos rastreamento de Diabetes mellitus, em adultos assintomáticos, exemplo: pessoas com excesso de peso, índice de massa corporal maior que 25 kg/m^2 , história de pai ou mãe com diabetes, hipertensão arterial maior que 140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos, história de diabetes gestacional ou de recém-nascidos com mais de 4 kg, dislipidemias, exame prévio de $\text{HbA1c} > 5,7\%$ ou tolerância diminuída à glicose ou glicemia de

jejum alterada, obesidade severa, síndrome de ovário policístico, história de doença cardiovascular, estímulo a prática de atividade física.

As ações da atenção Básica no envelhecimento são registradas no Sistema de Informação em Saúde- Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, conforme Manual de Preenchimento específico é feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS). O cadastro de todas as pessoas idosas da área adstritas, as visitas domiciliares feitas as pessoas idosas conforme planejamento assistencial, dando prioridade aos frágeis ou em processo de fragilização, os preenchimentos nos prontuários das ações de saúde feitas e a avaliação multidimensional rápida, os procedimentos de diagnósticos e acompanhamento do estado nutricional dos idosos da área, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município Amarante, Estado do Piauí, se estende por 1155,2 km² e conta com 17153 habitantes. A densidade demográfica é de 14,8 habitantes por km² no território do município. Os municípios vizinhos São Francisco do Maranhão, Regeneração e Francisco Ayres. Amarante se situa a 62 km a nordeste de Floriano, a maior cidade nos arredores. As principais fontes da economia são agricultura, pecuária, serviços e pequenas produções industriais. O valor do rendimento nominal mediano mensal per capita dos domicílios particulares permanentes urbanos é de 306 reais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal em 2010 (IDHM 2010) foi de 0,598.

O sistema de saúde do município conta com atenção básica formada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), 14 UBS tradicionais, temos disponibilidade de 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que conta com psicólogo, fisioterapeuta, educador físico e nutricionista. Não temos disponibilizado Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O município tem atenção hospitalar básica, com muitas limitações, e a atenção primária conta com exames complementares básicos para estudos de

rotina. Temos uma unidade hospitalar de pronto atendimento para encaminhar as emergências com ajuda do SAMU, no hospital tem plantão com a presença física de um médico 24 horas para atendimento das urgências.

A ESF Mimbó é localizada na zona rural, temos vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) pelo modelo de atenção de ESF. Não existe vínculo com instituições de ensino do local. A equipe conta com oito agentes comunitários de saúde (ACS), um médico, um médico odontólogo e a ajudante a técnica odontologia, uma enfermeira, uma enfermagem, nutricionista. A ESF realiza a atenção primária a saúde e desenvolve um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a prevenção de saúde a agravos. É feito diagnóstico, tratamento e redução de danos causados por doenças, com uma atenção integral que impacte na atenção saúde da comunidade.

As ações mais notáveis no desenvolvimento de atividades intersetoriais, são: conselhos de saúde, em associações, em grupos de moradores, entre outros dispositivos sociais. Incentivando e ensinando a comunidade a utilizar esses dispositivos, minha equipe de saúde está investindo na transformação da relação dos indivíduos com os fatores que propiciam o desenvolvimento de doenças e, além disso, estamos trabalhando o fortalecimento do conceito de cidadania e a autonomia dos sujeitos para a modificação e melhoria da qualidade de suas vidas. A equipe se reúne todos os meses para planejamento das atividades de saúde do mês e avaliação do cumprimento dos protocolos de saúde, as principais atividades de saúde são: prevenção, vacinação, palestras, visitas domiciliares, consulta médica, puericulturas e às gestantes, visitas domiciliares a idosos e outros grupos de alto risco.

A estrutura física da ESF Mimbó é confortável, têm 12 locais para o trabalho da equipe. Há uma sala de acolhimento para 20 pessoas, sala de vacinas, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermeira, local para enfermagem, um consultório odontológico, banheiros para deficientes físicos-motores e pessoal de serviço, um local de curativos, local específico para descarte de lixo e local de esterilização, com corretas características técnicas de acordo com as normas para estrutura de UBS. Os equipamentos garantidos são instrumental clínico, mobiliário, recursos humanos, medicamentos para a sustentabilidade do programa. O clima no local de atendimento atrapalha o

trabalho da equipe, e como estratégias para superar as dificuldades temos ajuda da comunidade em a procura da manutenção, limpeza e cuidado da unidade.

Também temos limitações das análises laboratoriais, onde alguns exames são feitos somente na nos hospitais da cidade ou da capital e não são disponibilizados na ESF. Isso leva ao atraso na entregados resultados e no fechamento de diagnósticos. Há limitações na disponibilidade de medicamentos para doenças, o que dificulta que os usuários realizem tratamentos porque não têm dinheiro para comprar em farmácias. As interconsultas com determinadas especialidades médicas só são feitos com o encaminhamento de um usuário para hospitais da capital, com atraso no diagnóstico e perda da contra referência médica que a maioria dos especialistas não realiza. Estas são as principais deficiências que afetam os serviços de saúde na ESF e, em reuniões com a equipe e gestão, foram discutidos os planos de ação que tem sido feitos para garantir uma boa distribuição dos recursos financeiros recebidos pelo município para garantir a saúde.

Para reduzir o impacto das deficiências, a equipe de saúde tem ampliado as atribuições dos profissionais da ESF, as principais são: planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde, identificação e acompanhamento de grupos e indivíduos expostos a riscos, atendimento de agravos de saúde, educação alimentar e análise dos dados dos sistemas de saúde. Além disso, preocupam-se em conhecer hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das pessoas, promover acolhimento de forma humanizada, prestar atenção continua às necessidades de saúde articulando a atenção continuada com os demais níveis de atenção, realizar e participar das atividades de educação permanentes relativas à saúde. Temos limitações na atenção continuada como realizações de pequenas cirurgias, só são realizadas na ESF pequenas cirurgias odontológicas, e encaminhamos os atendimentos cirúrgicos e de urgências e emergências para o serviço hospitalar. Temos garantido a integração da equipe com todos os serviços de saúde e outras serviços que não são de saúde para ampliar a integralidade e a qualidade do atendimento da área.

A equipe de saúde acolhe os usuários em horários não programadas em demanda espontânea por situações como cefaléia, tonturas, pessoas com ardência ou dor ao urinar, alguém que está com insônia há uma semana, criança

com febre, mulher com sangramento genital, entre outras, além disso, usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não tem acompanhamento agendado, e os mesmos também são acolhidos. Atendimento promovido para ações programáticas tem preferencialmente demanda agendada, organizada pela equipe.

A população adstrita da UBS Mimbó é de 2971 usuários e 784 famílias cadastradas. Destes, 1451 são homens e 1520 são mulheres. Temos 13 crianças menores de um ano, 426 idosos, 31 gestantes, 323 criança na escola, 1715 usuários de 15 anos ou mais alfabetizados, 29 pessoas cobertas com plano de saúde, 74 famílias na bolsa família, 73 famílias inscritas no CAD-Único. O abastecimento de água na rede pública beneficia 662 famílias e 202 famílias vivem sem tratamento de água domiciliar. O destino dos dejetos é em fossa para 502 famílias e em céu aberto em 282 famílias. A energia elétrica chega para 758 famílias.

A taxa de Mortalidade infantil caiu muito nos últimos anos no município de Amarante, graças à criação de alguns programas do Governo, como a Bolsa Família com o intuito de diminuir a pobreza, com programa cegonha, ampliação da cobertura da estratégia saúde da família e os outros fatores como o programa Ministerial Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, que tem ações de seguimento e educação à família e um sistema de informação que permite a avaliação e o monitoramento do programa pelas equipes de saúde, sendo o protocolo de atuação da equipe na ESF. Para garantir o atendimento contínuo e de qualidade na faixa etária de 0-72 meses, as principais ações desenvolvidas pela equipe de saúde são voltadas para a prevenção de doenças através da vacinação, promoção do crescimento e desenvolvimento, a proteção da saúde e a identificação e tratamento precoce dos problemas detectados. A identificação de situações que vulnerabilizam a saúde da criança permitirá a execução dessas ações, possibilitando a redução da morbimortalidade além de potencializar seu desenvolvimento, também o cumprimento no protocolo de atendimento e ampla participação da população nas ações desenvolvidas pela equipe, com ampla cobertura de atendimento neste grupo etário, são estratégias de qualidade no atendimento das crianças na área.

Minha equipe avalia mensalmente o programa. Hoje temos 13 crianças menores de um ano, todos com acompanhamento constante da equipe através dos agendamentos, todos têm feito teste do pezinho, temos feito consultas na primeira semana de recém-nascidos a todas as crianças e mães, disponibilizamos a triagem auditiva e em todas as consultas fase o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, vacinação em dia, avaliação de saúde bucal, orientações para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes.

Nas ações programáticas para o atendimento pré-natal de baixo risco tem sido pelo protocolo ministerial de: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (Brasília-DF 2013). Neste momento, o número de gestantes acompanhadas pela equipe é 31. A equipe conhece ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil e, sobretudo, aquelas que demonstram interesse em engravidar e/ou já têm filhos e participam das atividades de planejamento reprodutivo. A equipe fica atento para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde para iniciar o pré-natal na área, preferentemente até a 12ª semana de gestação (captação precoce), garantimos os cuidados médicos com consultas agendadas, consultas odontológicas, exames laboratoriais em dia, recursos materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, toda gestante tem assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal, promovemos a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes", promovemos o direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do (a) parceiro (a)", promovemos o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário, estimulamos e informamos sobre os benefícios do parto fisiológico.

A equipe de Saúde no Mimbó tem dentro das ações do Ministério da Saúde o cumprimento do Protocolo de Atenção Básica para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Em um enfoque de integralidade e promoção da saúde na busca para consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dá-se ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no

planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega-se, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer. Além disso, o trabalho para ampliar as ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades.

Dentro das ações planejadas, a equipe conhece o protocolo para o controle dos cânceres do colo do útero e da mama, planeja e programa as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, com priorização das ações segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade; realiza ações de controle, de acordo com os riscos na área; tem ações de promoção, prevenção, rastreamento/detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos; alimenta e analisa dados dos Sistemas de Informação em Saúde (SIAB, Siscolo e outros). Também é feito planejamento, programação e avaliação das ações de controle dos cânceres do colo do útero e mama. Conhecemos os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade; acolhe-se as usuárias de forma humanizada; valoriza-se os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutive, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito. Para tudo isso, trabalhamos em equipe integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações; presta atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os de mais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal, identificando usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar e responsabiliza e comunicando os demais componentes da equipe. Realiza-se e participa-se das atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, controle dos cânceres do colo do útero e da mama, DST, entre outras; desenvolve atividades educativas, individuais ou coletivas.

Em relação aos indicadores de risco para o câncer de mama de 50-69 anos com pelo menos 223 mulheres, temos feito 176 mamografias (79% da mulheres). Desses, 113 vencidos (51% de atraso por mais de três meses), 203 mulheres rastreadas para fatores de risco (91%) e 100% das mulheres do grupo risco com educação em saúde. Acompanhamos mulheres com exames alterados

através da contra-referência, visitas domiciliares e conhecimento dos ACS, que ajudam na capacitação das mulheres no auto-exame de mama e em reconhecimento de sinais de doenças sexuais que tem que ter ajuda profissional.

As consultas de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) está ligada aos processos educativos, onde as pessoas tem os cuidados necessários para manutenção de sua própria saúde. Nestas consultas a equipe esclarece a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando sobre as medidas de prevenção; rastreamento da hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; identificamos, na população geral, pessoas com fatores de risco para diabetes, ou seja: idade igual ou superior a 40 anos, obesidade, hipertensão, mulheres que tiveram filhos com mais de 4 quilos ao nascer e pessoas que têm ou tiveram pais, irmãos e/ou outros parentes diretos com diabetes.

Garantimos as consultas aos indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; fazemos exame de glicose; verificamos o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; orientamos a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; orientamos as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular; agendamos consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; registrados os dados das consultas em ficha clínica; realizamos consultas para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos alvo e co-morbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão e diabetes; solicitamos exames complementares quando necessário; programamos junto com a equipe estratégias para educação do usuário. Encaminhamos para unidades de referência secundária e terciária todas as pessoas que apresentam HAS grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontra em estado de urgência e emergência hipertensiva. Encaminhamos todos os diabéticos para unidades de referência secundária uma vez ao ano, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de ser realizado na unidade básica.

Também encaminhamos para unidades de referência secundária os usuários diabéticos com dificuldade de controle metabólico, os casos de diabetes gestacional e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia e etc). Buscamos obstinadamente os objetivos emitam do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso) e buscamos apoio de outros profissionais, especialmente, nutricionistas, assistentes sociais e educadores físicos.

Temos 302 usuários com HAS, representando 37% da população de risco. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é adequada a minha realidade, que pode ser comparada a realidade de prevalência de HAS no Brasil. Dos pacientes com estratificação de risco, 33 tem atraso na consulta médica com mais de 7 dias (15%), temos 198 exames feitos em dia (90%), 100% dos usuários recebem orientação de atividade física, nutrição e exames bucais. Os indicadores de qualidade estão aceitáveis, temos que melhorar a forma de registro de dados. Na DM, temos 40 usuários com a doença (24%), muito maior que a prevalência estimada como média no Brasil, que no momento atual é 11,3%. Dos usuários com DM atendidos na ESF, 100% tem avaliação de risco cardiovascular, 12 usuários têm atraso na consulta médica (30%) e 100% fizeram os exames periódicos e exames dos pés. Ainda há de se melhorar a qualidade da consulta da enfermeira, nutricionistas e educador físico, ligada aos processos educativos, estímulo à adoção de hábitos saudáveis de vida e também avaliar e estratificação do risco cardiovascular.

Dentre das principais ações realizadas pela equipe de saúde para melhorar a saúde da pessoa idosa, pode-se destacar o programa de ações assistenciais para identificar e acompanhar pessoas idosas frágeis ou em processo de fragilização, ações educativas em parcerias com outras áreas como: Educação, CAPS, NAFS, Prefeitura, em atividades com vínculos na comunidade. A reorganização do processo de acolhimento à pessoa idosa de forma humanizada na ESF ainda é necessária, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso. Também precisamos programar a utilização do sistema de agendamento e marcação de consulta e da referência e contra-referência, alimentar e analisar dados dos sistemas de informação em saúde para programar e avaliar ações de saúde da pessoa idosa.

Com relação à assistência da Farmácia Popular, precisamos desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa aos medicamentos, criada para ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos beneficia também a população idosa com diversos medicamentos. Atualmente, o Sistema está trabalhando com medicamentos para hipertensão, diabetes, colesterol, asma, rinite, Parkinson, osteoporose e glaucoma, além de fraldas geriátricas. Na atenção domiciliar, precisamos instituir a prestação deste serviço pela equipe multidisciplinar, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de usuários e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde. Com relação à imunização, a meta de vacinar a população na faixa de 60 anos e mais contra a influenza e se fundamenta no fato de que essa população apresenta maior risco de adoecer e morrer em decorrência de algumas patologias imunopreveníveis, tais como a gripe e a pneumonia.

Precisamos fazer à atualização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, o cadastro de todas as pessoas idosas de minha área adstritas, as visitas domiciliares feitas as pessoas idosas de minha área conforme planejamento assistencial, dando prioridade aos acamados, frágeis ou em processo de fragilização. Os preenchimentos nos prontuários das ações de saúde são feitos, assim como a avaliação multidimensional rápida, os procedimentos de diagnósticos e acompanhamento do estado nutricional de os idosos de minha área. A estimativa do número de idosos na minha área não pareceu adequada a minha realidade, pois o CAP estimou 326 idosos (10,9% da população adstrita). Esta estimativa está de acordo com o envelhecimento na população brasileira, mas temos uma população ainda mais envelhecida, com 426 idosos (14,3% de minha comunidade esta envelhecida). No referente à saúde das pessoas com 60 anos ou mais, a cobertura de atendimento na ESF estimada foi de 70%, com avaliação multidimensional rápida 229 idosos da área (60%), com avaliação de risco para morbidade em 72%, 15% estavam avaliados de risco para fragilização na velhice.

Finalizando, considero que nossa ESF está promovendo um atendimento em atenção primária de qualidade em quase todas as ações programáticas. Nossos maiores desafios no momento são a melhoria dos registros e a

organização da equipe na distribuição do trabalho. Nossos melhores recursos são a organização atual voltada para ações de promoção em saúde. As ações da atenção primária através da Saúde da Família possibilitam que nossa equipe de saúde melhore a qualidade de atendimento aos usuários em geral, com integralidade dos serviços. A qualidade nos prontuários e a participação da equipe na continuidade das ações programáticas, com acompanhamento da comunidade e a liderança dos gestores é buscada dia a dia.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Na segunda semana do curso não fiz uma análise muito profunda da situação da UBS. Com o desenvolvimento da análise utilizando CAP e questionários durante a Unidade 1, pude fazer uma análise muito mais detalhada da situação e vi que estávamos com bastante qualidade das ações desenvolvidas pela equipe na atenção da saúde na população adstrita.

No começo da intervenção observou-se que apenas 66,1% dos idosos estavam com avaliação multidimensional rápida em dia e somente 13,5% tinham investigações dos indicadores de fragilização na velhice realizada. Além disso, a integralidade e qualidade da assistência com o acompanhamento das ações de saúde pela comunidade não vinham sendo realizadas. Então, pode-se concluir que a atenção à saúde do idoso carecia de melhorias, direcionando nossa escolha do foco da intervenção.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A longevidade é, sem dúvida, um triunfo. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o envelhecimento tem ocorrido de forma rápida, sem tempo para uma reorganização social e da área de saúde adequada para atender às novas demandas emergentes. Para o ano de 2050, a expectativa no Brasil, seguindo a tendência mundial, é de que existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno esse nunca antes observado que vem acompanhado do aumento de doenças e agravos crônicos não transmissíveis (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde Mimbó é uma ESF, com 784 famílias cadastradas distribuídas em 16 interiores e um total de 2 971 usuários, deles, 1451 são masculinos e 1520 são femininos, 13 são menores de um ano, 31 gestantes, 426 idosos. Para o atendimento temos um Médico, Enfermeira, Médico Odontólogo, Enfermagem, Técnica Odontológica, Nutricionista e oito ACS, em uma estrutura física composta por sala de espera para 20 pessoas, recepção para acolher aos usuários, sala de vacinas, consultório médico, consultório de enfermagem, banheiros para deficientes e para profissionais, consulta odontológica, local de lixo e local de esterilização.

A população idosa adstrita na área é 426 idosos (14,3% envelhecimento), 231 mulheres e 195 homens, 342 tem uma doença crônica (Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus), com 100% de cobertura atual de saúde, superando o apenas 70% de cobertura anterior à intervenção, garantindo a avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbidade e avaliação de risco para fragilização na velhice, além disso, garantido os remédios da farmácia

popular, promovendo um atendimento em atenção primária de qualidade, com educação para a saúde em corretos hábitos alimentares, atividade física, fragilidade e riscos na velhice, e com o correto acompanhamento da HAS e DM, e promoção dos cuidados odontológicos.

As ações do trabalho para garantir os objetivos da estratégia incluirão agendamento de consultas semanais a todos os 426 idosos da área, aplicando as ferramentas sugeridas no protocolo sobre Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde e preenchendo os dados obtidos na caderneta de Saúde da Pessoa Idosa para melhoria da qualidade do atendimento. Toda a equipe será envolvida nas ações planejadas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa idosa, de 60 e mais anos na ESF Mimbó, Amarante/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

2.2.2.1 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.
2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.
3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.
6. Promover a saúde dos idosos.

2.2.2.2. Metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de à saúde do idoso da área da unidade de Saúde para 100%.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1 Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Meta 2.3 Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos

Meta 2.5 Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Meta 2.6 Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Meta 2.7 Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Meta 2.8 Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Meta 2.10 Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1 Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter registros específicos de 100% das pessoas idosas.

Meta 4.2 Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1 Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Meta 5.2 Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Meta 5.3 Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Meta 6.2 Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Meta 6.3 Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Mimbó, no município de Amarante/PI. Participarão da intervenção 426 pessoas idosas, na faixa etária de 60 anos ou mais. Para alcançar o objetivo, foi seguido como protocolo o caderno de atenção básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, a intervenção incluiu ações de monitoramento, organização e gestão dos serviços, engajamento público e melhoria da prática clínica. Os dados de cada usuário foram coletados em uma ficha-espelho e processados na planilha de coleta de dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.

Meta 1.1

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de Saúde periodicamente (mensal).

Detalhamento:

Para realizar esta ação o Médico e Odontólogo farão uma capacitação da equipe nas ações da estratégia, a ACS atualizará o registro dos idosos adstrito de sua área com periodicidades semanais.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir os recursos necessários para a assistência semanais à consulta de avaliação multidimensional rápida da pessoa idosa.

- Garantir os recursos necessários para as visitas domiciliares semanais com acompanhamento da equipe.

Detalhamento:

Para tal, a secretaria de saúde garantirá a equipe às ferramentas e recursos para pesagem dos idosos, cartão Jaeger, caderneta de saúde da pessoa idosa, transporte para as visitas domiciliares da equipe.

Engajamento Público.

- Esclarecer a comunidade sobre importância dos idosos realizarem acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-la na unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a existência do programa de Atenção ao Idoso da unidade de Saúde.

Detalhamento:

Os ACS garantirão encontros com a comunidade que será realizada para oferecer orientações sobre o programa de atenção ao idoso.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe no acolhimento aos idosos.
- Capacitação os ACS na busca dos idosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço.
- Capacitação da equipe da unidade de saúde para Política Nacional de Humanização.

Detalhamento:

O médico da equipe garantirá a capacitação da equipe no acolhimento aos idosos, busca dos idosos sem acompanhamento em nenhum serviço e também capacitará a equipe na Política Nacional de Acolhimento Humanizado.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Metas: 2.1 a 2.10

Ações:**Monitoramento e Avaliação**

- Monitorar a realização de Avaliação Multidimensional Rápida pelo menos anual em todos idosos acompanhados pela unidade de saúde.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos idosos acompanhados na unidade de saúde.

- Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de idosos hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular / Hiperdia.

- Monitorar o número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

- Monitorar realização de visita domiciliar para idosos acamados ou com problemas de locomoção.

- Monitorar o número de idosos submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente (pelo menos anualmente).

- Monitorar número idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a rastreamento para DM, periodicamente (pelo menos anualmente).

- Monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos.

- Monitorar número de idosos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período.

Detalhamento:

O Monitoramento na realização das Avaliações Multidimensional Rápidas com uma periodicidade ao menos anual em todos idosos acompanhados será garantido pela enfermeira e o médico da equipe, garantindo a realização de exame clínico apropriado dos idosos, que os idosos hipertensos e diabéticos tenham exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, que o número de idosos hipertensos e diabéticos tenha exames laboratoriais realizados de acordo com a periodicidade recomendada. A enfermeira garantirá acesso aos medicamentos da Farmácia Popular com monitoramento pela mesma pessoa. A enfermeira também garantirá que os idosos acamados ou com problemas de locomoção tenham sido todos cadastrados e monitorará realização de visita domiciliar por ACS para idosos acamados ou com problemas de locomoção, idosos submetidos a rastreamento para HAS pelo menos anualmente. O Odontólogo monitorará a avaliação da necessidade de tratamento odontológico de idosos agendados pelos ACS, monitorará o número de idosos cadastrados na unidade com acompanhamento odontológico no período.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen).

- Definir as atribuições de cada profissional da equipe na Avaliação Multidimensional Rápida dos idosos.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos.

- Garantir busca a idosos que não realizaram exame clínico apropriado.

Organizar a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

- Garantir a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades.

- Garantir a solicitação dos exames complementares

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

- Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no Programa.

- Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção.

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de HAS.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- Melhorar o acolhimento para os idosos portadores de DM.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

- Criar sistema de alerta na ficha de acompanhamento para indicador o idoso que provavelmente terá que realizar o hemoglicoteste.

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

- Cadastrar os idosos na unidade de saúde.

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos na unidade de saúde.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

- Organizar acolhimento a idosos na unidade de saúde.

- Monitorar a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência.

- Organizar agenda de saúde bucal para atendimento dos idosos.

- Oferecer atendimento prioritário aos idosos

Detalhamento:

O médico, odontólogo e a enfermeira com ajuda da secretaria de saúde garantirão os recursos necessários para aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida em todos os idosos (balança, antropômetro, Tabela de Snellen). Também definirão as atribuições de cada profissional da equipe na avaliação dos idosos,

definindo as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de idosos hipertensos e/ou diabéticos. Os ACS farão a busca dos idosos que não se realizaram exame clínicos apropriado, e a enfermeira organizará a agenda para acolher os idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. O médico garantirá a referência e contra-referência de usuários com alterações neurológicas ou circulatórias em extremidades, a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecendo sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados.

A enfermeira e a técnica em enfermagem realizarão controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manterá um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, além de garantir o registro dos idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, organizara a agenda para realizar visitas domiciliares a idosos acamados ou com problemas de locomoção, melhorarão o acolhimento para os idosos portadores de HAS e DM, garantindo material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e de glicose na unidade de saúde. Além disso, será criado sistema de alerta na ficha de acompanhamento para idosos que provavelmente terão que realizar o hemoglicoteste. Será organizado acolhimento do idoso e cadastramento de todos os idosos, oferecendo atendimento prioritário. A técnica odontológica organizará agenda de saúde bucal para atendimento de todos os idosos e monitorando a utilização de serviço odontológico por idosos da área de abrangência, também oferecendo atendimento prioritário.

Engajamento Público

- Orientar a comunidade sobre a importância destas avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável.
- Compartilhar com os usuários as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social.
- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde.

- Orientar a comunidade sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

- Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para aos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

- Orientar a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica.

- Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM.

- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos.

- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde.

- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para captação de idosos para acompanhamento odontológico.

Detalhamento:

Para orientar a comunidade o médico, a enfermeira e odontólogo darão palestras e atividades educativas com a participação da comunidade e os familiares dos idosos, em temas como: a importância das avaliações e do tratamento oportuno das limitações para o envelhecimento saudável, as condutas esperadas em cada consulta para que possam exercer o controle social, orientando aos usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

O médico aproveitará os espaços nas consultas e as visitas domiciliares, para orientar aos usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, informando a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção ao Idoso da Unidade de Saúde, e deve-se solicitar visita domiciliar para os idosos acamados ou com problemas de locomoção. O médico e a enfermeira orientarão a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 60 anos de idade, e os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, além da importância do rastreamento para DM em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica. O médico também orientará à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de DM. O odontólogo e a técnica odontológica informarão a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de idosos, sobre atendimento odontológico prioritário de idosos e de sua importância para saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na Unidade de Saúde, esclarecendo à comunidade sobre a necessidade da realização de exames bucais.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar os profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS.

- Treinar a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida. Treinar a equipe para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Capacitar os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

- Orientar os ACS sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

- Orientar os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar.

- Capacitar a equipe da Unidade de Saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg ou para aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos.

- Capacitar a equipe para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo.

- Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico.

- Capacitar os ACS para captação de idosos.

- Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para idosos.

Detalhamento:

O médico, odontólogo e a enfermeira capacitarão aos profissionais para o atendimento dos idosos de acordo com o protocolo adotado pela UBS, treinando a equipe para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida, encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas, de exame clínico apropriado e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Além disso, o médico irá capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares, e atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. O médico e odontólogo capacitarão a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e capacitarão os ACS para o cadastramento dos idosos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência.

O médico e a enfermeira orientarão os ACS para o reconhecimento dos casos que necessitam de visita domiciliar. A enfermeira capacitará a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa. O odontólogo e a técnica odontológica capacitarão a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em idosos, e para realizar acolhimento do idoso de acordo com protocolo, com cadastramento, identificação e encaminhamento de idosos para o serviço odontológico, capacitando aos ACS para captação de idosos.

Objetivo 3 Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.**Meta 3.1****Monitoramento e Avaliação**

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde.

Detalhamento:

Nos encontros mensais, a equipe vai avaliar as ações do programa e adotará as medidas precisas para as correções das ações previstas no protocolo que não estiverem sendo realizadas a tempo.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos
- Organizar a agenda para acolher os idosos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

O ACS visitará os faltosos e agendará para nova consulta médica. O médico e enfermeira farão visitas domiciliares para realizar consultas aos acamados.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos idosos (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer os idosos e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

A equipe vai fazer encontro com os líderes da comunidade para garantir as ações da estratégia. Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa e de não faltar consultas para não tirar vagas de outras pessoas. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a assistência à consulta e a capacitação da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar os ACS para a orientação de idosos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

- Definir com a equipe a periodicidade das consultas.

Detalhamento:

As consultas aos idosos serão semanais e será definida para cada idoso a periodicidade das suas consultas individualmente nas consultas médicas. O médico capacitará os ACS para as orientações que serão feitas aos idosos.

Objetivo 4.Melhorar o registro das informações.

Metas: 4.1e 4.2

Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros dos idosos acompanhados na Unidade de Saúde.

- Monitorar os registros da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento:

A enfermeira da equipe fará um registro específico das pessoas idosas e também a distribuição das cadernetas de saúde da pessoa idosa.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados.
- Solicitar ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Detalhamento:

O médico e odontólogo vão manter as informações do SIAB atualizadas, implantando planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos, pactuando com a equipe o registro das informações, definindo a enfermeira e a técnica em odontologia como responsáveis pelo monitoramento dos registros e a organização do sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. Será solicitada ao gestor municipal a disponibilização da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Engajamento Público

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os idosos e a comunidade sobre a importância de portar a caderneta quando for consultar em outros níveis de atenção

Detalhamento:

A equipe fará palestra aos idosos sobre seus direitos e sobre o uso da caderneta de Saúde da pessoa idosa. Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de acompanhamento do atendimento, da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, a enfermeira fará o preenchimento nas cadernetas de da pessoa idosa e o reporte na planilha/registro.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento aos idosos.
- Capacitar a equipe para o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa idosa.

Detalhamento:

O médico e enfermeira da equipe capacitarão os ACS e técnico em odontologia para o preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa e registros específicos previamente à intervenção.

Objetivo 5 Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Metas: 5.1 a 5.3

Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência.
- Monitorar o número de idosos investigados para indicadores de fragilização na velhice.
- Monitorar a realização de avaliação da rede social em todos os idosos acompanhados na UBS.
- Monitorar todos os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento:

Os ACS farão levantamento dos idosos com redes sociais deficientes, o médico e enfermeiras avaliaram na consulta os idosos com indicadores de fragilização. Esse levantamento será registrado na ficha espelho por o médico ou a enfermeira com acesso para a equipe todo, se alguém necessitara da informação para o trabalho assistencial.

Organização e Gestão do Serviço

- Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade.
- Priorizar os atendimentos idosos fragilizados na velhice.
- Facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Detalhamento:

A equipe visitará os idosos acamados ou com dificuldades de locomoção com prioridade mensal, os ACS com periodicidade semanal, os idosos com fragilizada na velhice e aos de maior risco de morbimortalidade, o médico e a enfermeira visitaram a eles com periodicidade mensal e os ACS com

periodicidade semanal. Os ACS têm que facilitar o agendamento e a visita domiciliar os idosos com rede social deficiente.

Engajamento Público

- Orientar os idosos sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento mais freqüente, quando apresentar alto risco.

- Orientar os idosos fragilizados e a comunidade sobre a importância do acompanhamento mais freqüente.

- Orientar os idosos e a comunidade sobre como acessar o atendimento prioritário na Unidade de Saúde.

- Estimular na comunidade a promoção da socialização da pessoa idosa (trabalhos em igrejas, escolas, grupos de apoio...) e do estabelecimento de redes sociais de apoio.

Detalhamento:

A equipe fará palestras com acompanhamento da comunidade, sobre os temas de higiene bucal, nutrição, riscos na velhice, doenças crônicas e cardiovasculares. Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da promoção em saúde.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa.

- Capacitar os profissionais para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice.

- Capacitar a equipe para avaliar a rede social dos idosos.

Detalhamento:

A equipe será capacitada pelo médico e odontólogo para avaliar aos idosos nos indicadores de fragilização na velhice no início da intervenção, capacitando os profissionais para identificação e registro de fatores de risco para morbimortalidade da pessoa idosa e para identificação e registro dos indicadores de fragilização na velhice e para avaliação a rede social dos idosos.

Objetivo 6.Promover a saúde dos idosos.

Metas 6.1 a 6.3

Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos com obesidade / desnutrição.
- Monitorar a realização de orientação de atividade física regular para todos os idosos.
- Monitorar o número de idosos que realizam atividade física regular.
- Monitorar as atividades educativas individuais.

Detalhamento:

O médico e a nutricionista farão o monitoramento à realização de orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis para todos os idosos, monitorando o número de idosos com obesidade / desnutrição. O médico e a enfermeira farão o monitoramento para a realização e orientação de atividade física regular para todos os idosos, monitorando com periodicidade semanal o número de idosos que realizam atividade física regular, e monitorando as atividades educativas individuais.

Organização e Gestão do Serviço

- Definir o papel dos membros da equipe na orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.
- Definir o papel dos membros da equipe na orientação para a prática de atividade física regular.
- Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física.
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

A enfermeira e nutricionista serão as responsáveis do agendamento para a consulta aos idosos com doenças metabólicas e problemas nutricionais, definindo que todos os membros da equipe terão papel na orientação nutricional

para hábitos alimentares saudáveis e na orientação para a prática de atividade física regular, demandando do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física, organizando o tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento Público

- Orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis.
- Orientar os idosos e a comunidade para a realização de atividade física regular.
- Orientar os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento:

Obrigatoriamente o médico, a enfermeira e a nutricionista serão os responsáveis de orientar os idosos, cuidadores e a comunidade sobre os benefícios da adoção de hábitos alimentares saudáveis, e garantir as orientações para a realização de atividade física regular com o reabilitador físico, e o odontólogo orientará os idosos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal e de próteses dentárias. Mas todos os profissionais serão treinados e terão papel na orientação dos idosos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira".
- Capacitar a equipe para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos.
- Capacitar a equipe para orientar os idosos sobre a realização de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

Detalhamento:

O médico e a nutricionista capacitarão a equipe para a promoção de hábitos alimentares saudáveis de acordo com os "Dez passos para alimentação saudável" ou o "Guia alimentar para a população brasileira", e para a orientação nutricional específica para o grupo de idosos hipertensos e/ou diabéticos. O médico e o reabilitador físico capacitaram a equipe para orientar aos idosos sobre a realização de atividade física regular. O odontólogo capacitará a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e de próteses dentárias.

2.3.2 Indicadores**Objetivo 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde do Idoso.**

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de à saúde do idoso da área da unidade de Saúde para 100%.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção à saúde do idoso na unidade de saúde.

Numerador: Número de idosos cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2.Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Meta 2.1. Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

Indicador 2.1. Proporção de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Numerador: Número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Numerador: Número de idosos com exame clínico apropriado em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

Indicador 2.3. Proporção de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Numerador: Número de idosos hipertensos e/ou diabéticos com solicitação de exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

Indicador 2.4. Proporção de idosos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de idosos com prescrição da Farmácia Popular.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

Indicador 2.5. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

Indicador 2.6. Proporção de idosos acamados ou com problemas de locomoção com visita domiciliar.

Numerador: Número de idosos acamados ou com problema de locomoção que receberam visita domiciliar.

Denominador: Número de idosos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Indicador 2.7. Proporção de idosos rastreados para hipertensão na última consulta.

Numerador: Número de idosos com medida da pressão arterial na última consulta.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Indicador 2.8. Proporção de idosos hipertensos rastreados para diabetes.

Numerador: Número de idosos hipertensos rastreados para diabetes mellitus.

Denominador: Número de idosos com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

Indicador 2.9. Proporção de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de idosos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

Indicador 2.10. Proporção de idosos com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de idosos da área de abrangência na UBS com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso.

Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.

Indicador 3.1. Proporção de idosos faltosos às consultas que receberam busca ativa.

Numerador: Número de idosos faltosos às consultas programadas e buscados pela unidade de saúde.

Denominador: Número de idosos faltosos às consultas programadas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registros específicos de 100% das pessoas idosas.

Indicador 4.1. Proporção de idosos com registro na ficha de acompanhamento/espelho em dia.

Numerador: Número de fichas de acompanhamento/espelho com registro atualizado.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 4.2. Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 4.2. Proporção de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Numerador: Número de idosos com Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência.

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

Indicador 5.1. Proporção de idosos com avaliação de risco para morbimortalidade em dia.

Numerador: Número de idosos rastreados quanto ao risco de morbimortalidade.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.2. Investigar a presença de indicadores de fragilização na velhice em 100% das pessoas idosas.

Indicador 5.2. Proporção de idosos com avaliação para fragilização na velhice em dia.

Numerador: Número de idosos investigados quanto à presença de indicadores de fragilização na velhice.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 5.3. Avaliar a rede social de 100% dos idosos.

Indicador 5.3. Proporção de idosos com avaliação de rede social em dia.

Numerador: Número de idosos com avaliação de rede social.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

Indicador 6.1. Proporção de idosos que receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Numerador: Número de idosos com orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

Indicador 6.2. Proporção de idosos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de idosos com orientação para prática regular de atividade física.

Denominador: Número de idosos cadastrados no programa, pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

Indicador 6.3. Proporção de idosos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de idosos com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de idosos da área de abrangência cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

O propósito inicial desta intervenção não só é obter uma ampla avaliação da saúde da pessoa idosa, também, mas sim uma reorganização do acesso e da qualidade da ação programática de acordo com a eleição de um protocolo de saúde específico na área adstrita à ESF Mimbó, onde temos uma população

envelhecida. Esta população é mais vulnerável a doenças crônicas e precisa de uma melhor atenção de saúde e de ações de educação de saúde. Todas as ações serão realizadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde publicado no caderno de Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2013).

Para as ações de visam Cobertura:

Depois da análise do foco de intervenção e a aceitação pela equipe, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o caderno de atenção básica do Ministério da Saúde para o Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do Manual Básico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para as ações de visam Qualidade

Para garantir assegurar as consultas e o acesso o universo dos idosos da área de abrangência será reservado cinco consultas (atendimento ao idoso) para cada dia de atendimento que contaram com as condições para a avaliação multidimensional rápida na mesma ESF e a enfermagem garantirá as fichas espelhos em quantidades de 500 para toda a intervenção do projeto, e os medicamentos nas doenças crônicas e as vacinas da pessoa idosa. Os ACS tenderão garantir na consulta a balança, antropômetro, tabela de snellen, cadernetas de saúde da pessoa idosa, a Secretaria de Saúde e coordenação prevê assegurar a transportação para as visitas aos acamados e assegurará as análises laboratoriais indicados aos idosos.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas da pessoa idosa não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar aos idosos provenientes da busca ativa serão reservadas cinco consultas por atendimento feito na comunidade.

Paras as ações que visam Adesão

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a assistência à consulta e a capacitação da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para as ações que visam os Registros

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de acompanhamento do atendimento, da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, a enfermeira fará o preenchimento nas cadernetas de da pessoa idosa e o reporte na planilha/registro.

Para as ações que visam Avaliação de Risco

Para a capacitação sobre o Envelhecimento Saudável, ricos de morbimortalidade, e os indicadores de fragilização da Pessoa Idosa serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria ESF. Cada membro da equipe estudará uma parte do tema escolhidos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Para as ações de Promoção da Saúde

A intervenção com a capacitação sobre o Envelhecimento Saudável, ricos de morbimortalidade, e os indicadores de fragilização da Pessoa Idosa, atividade física, hábito alimentar e higiene bucal ocorrerá na própria ESF, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. O nutricionista, médico odontólogo, ativista físico da comunidade e membros da equipe estudará uma parte do tema escolhidos e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade nas três igrejas da área de abrangência e apresentaremos a importância da realização da intervenção na saúde da pessoa idosa. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a capacitação da Pessoa Idosa e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O propósito desta intervenção, mas que de obter a melhoria da qualidade do atendimento em saúde da pessoa idosa, foi uma reorganização do acesso e da qualidade da ação programática de acordo com a eleição de um protocolo de saúde específico (Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: no19_reimpressão. Brasília, 2013) na área adstrita à ESF Mimbó, onde temos uma população envelhecida com 426 idosos, dado real obtido através do cadastramento da área de abrangência. É sabido que esta população é mais vulnerável a doenças crônicas e precisam de uma melhor atenção à saúde e de ações de educação de saúde. A intervenção ocorreu de abril até junho de 2015, perfazendo um total de 12 semanas de trabalho intenso da equipe. Focamos em garantir nesta população maior oportunidade de engajamento no cuidado com a própria saúde. Durante as minhas férias, a equipe seguiu as atividades como programado (testes da planilha, orientação à população, capacitações e reuniões semanais), mas não cadastrou nenhum idoso neste programa, pois foi o que ficou acertado na época de antes de abril. Após meu retorno de férias, as ações propostas para essa intervenção ocorreram como planejados e a descrição das mesmas será feita na sequência.

O trabalho da equipe em cadastrar os idosos e realizar atendimento clínico começou das 6 a 14 semanas, após o contato com lideranças comunitário para falar sobre a importância das ações programáticas para os idosos, solicitando apoio para a assistência durante a consulta e acompanhamento da atualização dos registros, garantindo a qualidade de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde aconteceu da seguinte forma: no mês 1 foram atendidos 108 idosos, já no mês 2

foram 100 consultas para um atendimento acumulado de 208 e no mês 3 foram atendidos 218 idosos, para o total do universo de idosos adstritos a esta área de abrangência onde minha equipe é responsável. É interessante destacar que a cobertura do programa tenha alcançado 100% dos idosos adstritos à área da ESF Mimbó, mostrando que a intervenção realizada pela equipe teve em termos numéricos, um grande êxito. Para alcançar este elevado número de idosos cadastrados, a organização e o empenho da equipe foram essenciais. Para tal, fazíamos atividades de capacitação da equipe, treinamento dos ACS, encontros com os líderes das comunidades, reunião semanais para o monitoramento e avaliação das atividades da semana, onde identificávamos os faltosos e aqueles que ainda não tinham comparecido para exame. Se for feita uma análise por sexo, cadastramos 195 homens e 231 mulheres no projeto de intervenção, todos com as consultas multidimensionais rápidas realizadas, além de avaliação odontológica, avaliação para morbimortalidade, avaliação para as redes sociais em dia, avaliação nutricional, fragilidade na velhice, atividade física, orientação para hábitos saudáveis, avaliação para quedas, atualização dos remédios controlados na farmácia popular, entre outras atividades, como atividades de educação para a saúde da pessoa idosa.

No projeto foram propostas 130 ações em quatro áreas fundamentais: monitoramento e avaliação (24 ações), organização e gestão de serviços (43 ações), engajamento público (31 ações) e qualificação da prática clínica (32 ações), gerando um total de 130 ações (ver sessão 2-projeto de intervenção). Dessas ações, todas foram realizadas, tendo dificuldades em 122 ações no início da intervenção, mas que foram cumpridas no mês 3, ou seja, ao final do período de 12 semanas, a equipe já estava realizando 100% das ações planejadas no projeto.

A capacitação dos profissionais de saúde da ESF sobre o protocolo e atribuições de cada membro da equipe de saúde foi realizada em fevereiro, antes do início da intervenção, sob responsabilidade de todos os membros da equipe. Reuniões com periodicidades semanais também foram feitas, para estabelecer o papel de cada profissional nas ações programática. Já o cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa e acamados ou com problemas de locomoção foi realizado por todos os membros da equipe, com destaque para os ACS e a enfermeira da equipe. Foi cumprida com êxito, também, a capacitação dos ACS para busca domiciliar dos idosos faltosos e acamados, que foi coordenada pelo médico e

odontólogo da equipe. Os ACS têm sido muito responsáveis e tem garantido a assistência à consulta dos idosos agendados.

O contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância das ações programática dos idosos solicitando apoio para assistência à consulta e acompanhamento da estratégia também foi realizado em fevereiro, antes do início das atividades da intervenção. Para isso, o médico da equipe fez o primeiro contato e esse contato foi renovado na quinta semana da intervenção em abril, dentro da previsão proposta o cronograma do projeto.

No mês 3, a equipe focou em buscar e agendar os idosos que ainda não tinham recebido consulta multidimensional rápida para atendimento clínico. Também foram cumpridos os atendimentos odontológicos dos idosos cadastrados, que até no mês 2 não tinham sido avaliados no universo planejado das ações do projeto. Tal resultado é considerado excelente e isso deve-se ao apoio do dentista, que realizava 35 atendimentos semanais para os idosos cadastrados, e os ACS e a técnica odontologista ajudavam no agendamento das consultas, nas visitas domiciliares e no retorno à consulta dos idosos faltosos. O trabalho do odontólogo foi, de fato, muito importante e essencial para cumprir a meta de que todos os idosos cadastrados recebessem atendimento odontológico.

O acolhimento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares foram feitos, sendo que o médico, enfermeira e ACS eram responsáveis por tal ação. Nos atendimentos domiciliares eram feitos para busca ativa de idosos com HAS que tinha DM, ou outra doença associada, e olhar as condições de vida deles e a inserção na comunidade e a vivenda.

As doenças crônicas estão com alta prevalência na população de idosos na área adstrita. O número de idosos com HAS e DM cadastrados foi 342 na ESF Mimbó. Os medicamentos para tais foram garantidos na mesma consultam médica, apesar da qualidade dos locais de atendimentos não terem sido as melhores por as condições estruturais, mas deu para trabalhar nas consultas.

A logística foi garantida pela Secretaria de Saúde, garantindo também os materiais que precisamos nas consultas, como fichas-espelho, medicações. Além disso, o monitoramento da intervenção foi realizado e tem continuidade nas ações na intervenção. Para isso, o médico olhava as atividades realizadas a cada semana nos encontros semanais para controle e monitoramento, com ajuda da enfermeira e odontólogo da equipe de saúde.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações foram realizadas no projeto de intervenção, mas tivemos dificuldades em algumas, as quais são:

1. Monitorar a cobertura dos idosos da área com acompanhamento na unidade de Saúde periodicamente. Não houve sistematização do monitoramento pela equipe para o agendamento dos idosos da área adstrita de todos os ACS, o que melhorou com o monitoramento semanal das ações feito pelo médico.
2. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Os exames foram muito demorados e devido aos relatórios entregues na Secretaria de Saúde, fomos melhorando a partir do mês 3 da intervenção.
3. Estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados. Os alertas realizados pelo médico da equipe não foram cumpridos pelos ACS e a enfermeira da equipe. Tivemos reuniões e após críticas feitas para esse problema, a ação foi melhorada e finalmente cumprida ao final do mês 3.
4. Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde. As consultas não têm sido agendadas pelos ACS com a periodicidade indicada pelo médico e odontólogo da equipe, mas todas foram feitas devido à insistência do médico e odontólogo para que os idosos fossem agendados e buscados.
5. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento do atendimento aos idosos. Além de que os registros implantados foram feitos pela enfermeira e a técnica odontológica, não tem sido seguida corretamente pelos ACS, sendo corrigidas no monitoramento das ações.
6. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização da Avaliação Multidimensional Rápida e dos demais procedimentos preconizados. O médico tem implantado o registro, que contém os seguintes dados: *“nome dos idosos, data de consulta, exames indicados por códigos, exames feitos por*

códigos, foi encaminhado para especialista e data do retorno a consulta”, mas ele foi cumprido com muita dificuldade na revisão periódica pelos ACS para um novo agendamento de consulta dos faltosos.

7. Monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência. Os ACS tinham muitas dificuldades nas prioridades do atendimento e o conhecimento do verdadeiro risco para um correto seguimento e acompanhamento. Para melhorar desenvolvimento dessa ação, houve uma capacitação para a classificação de risco na velhice para toda a equipe, incluindo os ACS.
8. Priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade. O conhecimento do verdadeiro risco na priorização tem sido dificultosa pelos ACS.
9. Demandar do gestor municipal parcerias institucionais para realização de atividade física. As parcerias para as atividades físicas tem sido dificultosas para a equipe, mais foram cumpridas finalmente.

As principais causas dessas ações que foram realizadas com dificuldades foram à má capacitação pela equipe aos ACS para o cumprimento das ações planejadas no projeto, os repetidos erros na informação que teve como consequência a demora no trabalho. A reorganização das ações planejadas pelo médico, enfermeira e odontólogo conseguiu melhorar alguns pontos para que as ações planejadas para cada semana de trabalho fossem realizadas no tempo previsto. Além disso, os dados primários no cadastro vinham sendo deficientes até a metade da intervenção, com erros da informação lançadas nas planilhas e registros, havia falta de conhecimento sobre o risco e as prioridades de atendimento, atraso na contra-referência e recebimento dos resultados de exames solicitados. Tal problema foi resolvido com uma adequada capacitação da equipe logo após a detecção da falha. Também começamos a realizar todas as semanas a correção dos erros, através do monitoramento da intervenção, que segue sendo realizado. Para isso, o médico olhava as atividades realizadas a cada semana nos encontros semanais de controle e monitoramento, com ajuda da enfermeira e odontólogo da equipe de saúde.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção do projeto, as principais dificuldades foram a qualidade na entrega das fichas espelho com os idosos agendados na ESF pela enfermeira e ACS, e o acompanhamento pelo médico, odontólogo e a enfermeira na qualidade e capacitação para a correta entrega. As visitas realizadas de controle da qualidade tem achados erros da informações ofertadas, que foram corrigidas. No preenchimento na planilha de coleta de dados tive dificuldades na operacionalização dos dados, e a operacionalização dos indicadores na planilha, como por exemplo o indicador 2.8, que não soma os idosos hipertensos e diabéticos com os idosos com pressão arterial maior que 135/85, então o indicador fica além de 100%. Tal problema foi resolvido ao decorrer das semanas da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O trabalho do projeto tem sido igual para a equipe, assim como o estudo dos protocolos do Ministério da Saúde para o cumprimento das ações planejadas. Finalmente a equipe tem incorporadas todas as ações no sistema do trabalho, com a mesma prioridade do resto das atividades agendadas no planejamento do trabalho do encontro para o relatório das atividades mensais, e discussão do cumprimento das ações planejadas para o mês, igual aos programas Ministeriais discutidos nesse encontro. Nosso próximo passo será fazer uma intervenção nos moldes do curso para melhorar a saúde da criança.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Nesta sessão, serão descritos os resultados quantitativos obtidos na intervenção realizada para melhoria da atenção à saúde do idoso, durante 12 semanas, na UBS Mimbó, cidade de Amarante, estado de Piauí. A população da área adstrita conta com população total em 2971, dos quais 426 são idosos.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de saúde do idoso da área da unidade de Saúde.

Meta 1.1 Ampliar a cobertura de saúde do idoso da área da unidade de Saúde para 100%.

Ao final da intervenção de 3 meses, foi cumprida a meta proposta de 100% de cobertura do programa de saúde do idoso. No primeiro mês, 108 idosos foram cadastrados (25,4%), já no segundo mês, 208 idosos foram cadastrados (48,8%). Ao final do terceiro mês, finalizamos a intervenção com o cadastramento total dos idosos existentes na área ($n=426$ idosos, 100% cadastrados). A figura 1 mostra a evolução do indicador de cobertura da saúde dos idosos.

O motivo para termos alcançado tal meta foi disponibilidade do cadastramento da área, que permitiu monitorar constantemente os idosos cadastrados no programa e também aqueles que faltavam as consultas agendadas pelos ACS. Nos primeiros dois meses, esse monitoramento estava sendo complicado, pois a equipe não respondia aos pedidos do médico para avaliação dos idosos. O motivo para isso foi às férias do médico no mês de fevereiro e começo em abril. No último mês, foi conversado e foi visto que era possível ter todos os idosos da área com acompanhamento na unidade de Saúde periodicamente. A equipe conseguiu

realizar a meta proposta e ainda trabalha no melhoramento do acompanhamento, para que as consultas periódicas sigam na rotina da UBS.

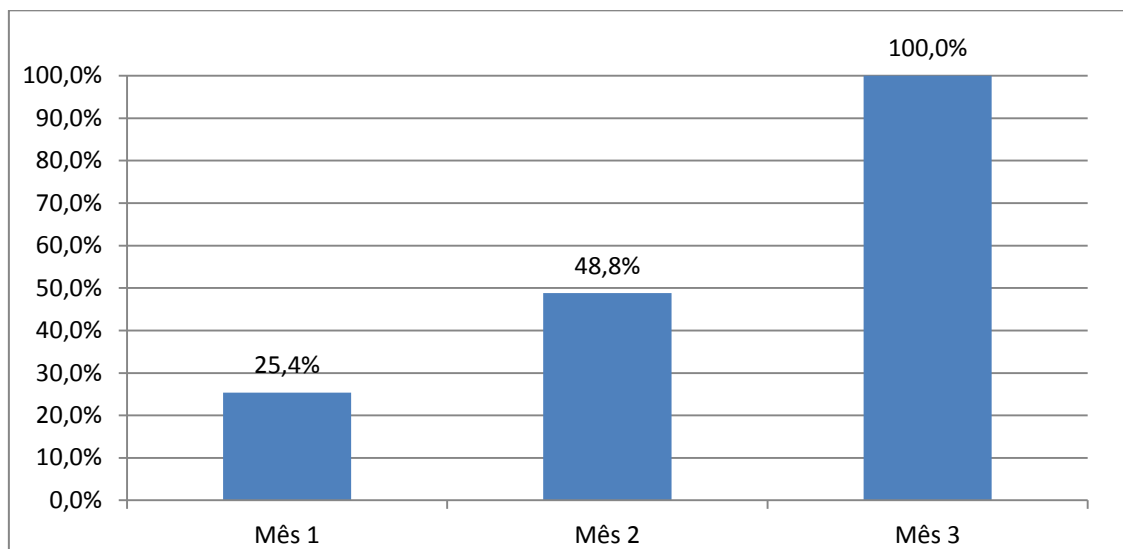


Figura 1: Proporção de idosos inscritos no programa da UBS Mimbó entre os meses de abril a junho de 2015, cidade de Amarante, estado de Piauí. 2015.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção ao idoso na Unidade de Saúde.

Neste objetivo foi cumprida a meta proposta em 100% em todos os meses para as 10 metas.

Meta 2.1: Realizar Avaliação Multidimensional Rápida de 100% dos idosos da área de abrangência utilizando como modelo a proposta de avaliação do Ministério da Saúde.

No primeiro mês, 108 idosos realizaram Avaliação Multidimensional Rápida (100% dos idosos cadastrados no mês), já no segundo mês, 208 idosos (100%) realizaram Avaliação Multidimensional Rápida de acordo com o modelo proposto pelo MS. Ao final do terceiro mês, finalizamos a intervenção com o cadastramento total dos idosos existentes na área e todos eles receberam Avaliação Multidimensional Rápida (n=426 idosos, 100%).

O motivo para todos os idosos cadastrados terem recebido avaliação multidimensional rápida foi a busca da equipe para cumprir as ações do projeto. Buscamos identificar os problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas, e as necessidades de utilização de outros instrumentos para acompanhar e encaminhar os problemas de saúde avaliados na pessoa idosa. Outro

motivo de termos alcançado a meta foi o empenho da equipe e a organização dos ACS, o monitoramento das ações do projeto todas as semanas, a integração da equipe com a comunidade e a ajuda dos líderes comunitários para a busca das pessoas ainda não cadastradas e para as atividades feitas.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das consultas, incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade a cada 3 meses para diabéticos.

No primeiro mês, 108 idosos foram examinados corretamente, incluindo exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa e medida da sensibilidade (100%), já no segundo mês, 208 idosos foram examinados (100%) e no terceiro 426 idosos (100%). O motivo pelo qual o cumprimento dos exames apropriados incluindo exame físico dos pés, com palpação dos pulsos tibial posterior/pedioso e medida da sensibilidade para diabéticos, foi à concordância dos idosos com o cadastramento e assistência as consultas agendadas.

Meta 2.3. Realizar a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos idosos hipertensos e/ou diabéticos.

No primeiro mês, 108 idosos tiveram exames complementares periódicos solicitados de acordo com a necessidade (100%), já no segundo mês, 208 idosos (100%) e no terceiro 426 idosos (100%). O motivo para tal avanço foi garantia com o gestor municipal para agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta para a não realização dos exames complementares preconizados, com os relatórios das dificuldades entregados à secretaria para a melhoria da agilidade e alertas da não realização dos exames solicitados. Temos feito todas as solicitações de exame complementares e o registro dos faltosos para a busca destes exames em tempo.

Meta 2.4. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular a 100% dos idosos.

No primeiro mês, 108 idosos tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular de acordo com a necessidade (100%), já no segundo mês, 208 idosos (100%) e no terceiro 426 idosos (100%). A prescrição de medicamentos para a farmácia popular tem sido realizada pelo médico durante a realização das

consultas multidimensionais rápidas e as visitas domiciliares aos acamados e faltosos. Temos disponibilidade de tais medicações na UBS. Quando temos falta algum remédio, reavaliamos o doente e ajustamos dose ou mudamos o remédio pelo similar para que estas pessoas não fiquem sem o controle medicamentoso um dia sequer.

Meta 2.5. Cadastrar 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção. (Estimativa de 8% dos idosos da área).

No primeiro mês, 11 idosos acamados foram cadastrados (100%), já no segundo mês, 14 idosos acamados foram cadastrados (100%). Ao final do terceiro mês, finalizamos a intervenção com o cadastramento total dos idosos acamados existentes na área (n= 23 idosos, 100% acamados cadastrados). O motivo pelo qual o cadastro foi completo foram as visitas domiciliares, organizadas pelos ACS, que registraram todos os idosos que não poderiam comparecer à UBS.

Meta 2.6. Realizar visita domiciliar a 100% dos idosos acamados ou com problemas de locomoção.

No primeiro mês, 11 idosos acamados foram cadastrados (100%), já no segundo mês, 14 idosos acamados foram cadastrados (100%). Ao final do terceiro mês, finalizamos a intervenção com realização de pelo menos 1 visita domiciliar ao total dos idosos acamados existentes na área (n=23 idosos, 100% acamados cadastrados). A visita domiciliar dos acamados teve melhoria a partir da primeira semana de começo da intervenção do projeto, e completamente no mês 3 com o melhor planejamento, organização da equipe e o monitoramento das ações semanais.

Meta 2.7. Rastrear 100% dos idosos para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Fizemos os rastreamentos de HAS para todos os idosos cadastrados. No primeiro mês, 93 idosos foram cadastrados (100%), já no segundo mês, 163 idosos foram cadastrados (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). O motivo de tal resultado positivo foi que a equipe teve maior participação integral na busca ativa dos idosos hipertensos na área.

Meta 2.8. Rastrear 100% dos idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg para Diabetes Mellitus (DM).

Fizemos os rastreamentos para Diabetes Mellitus (DM) para todos os idosos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. No primeiro mês, 93 idosos foram cadastrados (100%), já no segundo mês, 163 idosos foram cadastrados (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). O motivo desse resultado foi o empenho da equipe toda, principalmente médico e enfermeira, na busca ativa dos idosos Hipertensos e diabéticos na área. Para isso, em cada consulta era feita aferição da pressão arterial e em cada visita domiciliar. Ao detectar usuário hipertenso ou PA sustentada maior que 135/80 mmHg, a equipe oferecia exame de glicose capilar para o rastreamento de DM.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos idosos.

No primeiro mês, 93 idosos foram realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). O motivo para tal avanço foi parceria com odontólogo da equipe e a técnica odontológica da equipe para agilidade no atendimento, que foi garantido a tempo pelo conhecimento da população adstrita, o tempo de trabalho na mesma área e o início precoce do atendimento odontológico a esta população, pois quando saí de férias, o dentista já estava prestando atendimento odontológico aos idosos. Pode-se dizer, então, que para esse indicador tivemos 4 meses e não 3 meses para realização das consultas agendadas e visitas domiciliares aos faltosos para o atendimento deles a tempo. Considerando que esta é uma das ações mais difíceis, nossa equipe conseguiu teve um grande êxito.

Meta 2.10. Realizar a primeira consulta odontológica para 100% dos idosos.

No primeiro mês, 93 idosos já haviam realizado primeira consulta odontológica (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). O motivo para tal avanço foi a garantia de parceria como odontólogo, como explicado para o indicador anterior.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso**Meta 3.1. Buscar 100% dos idosos faltosos às consultas programadas.**

Neste objetivo também foi cumprida a meta proposta de 100% nos 3 meses de intervenção. No primeiro mês, 9 idosos faltaram a consultas e receberam busca ativa (100%), já no segundo mês, foram 14 idosos (100%) e no terceiro mês 25 idosos (100%). Todos os idosos faltosos receberam busca ativa. Foi monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de atendimento aos idosos adotado pela unidade de saúde e a equipe ainda trabalha no melhoramento do atendimento pelo protocolo, para que essas atividades não parem na UBS após a intervenção.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter registros específicos de 100% das pessoas idosas.

Neste objetivo foi cumprida a meta proposta de 100% dos idosos com registro específico em dia. No primeiro mês, 93 idosos já tiveram seus registros em dia (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). Todas as ações que objetivavam melhorar os registros foram realizadas. Todos os idosos tiveram a ficha espelho preenchidos pelo médico, enfermeira ou odontólogo da equipe, bem como o prontuário clínico, onde os idosos têm todas suas consultas e a história da doença, com os comentários dos exames físicos e dos exames feitos.

Meta 4.2. Distribuir a caderneta de saúde da pessoa idosa a 100% dos idosos cadastrados.

Neste objetivo também foi cumprida a meta proposta de 100% de idosos com caderneta do idoso. No primeiro mês, 93 idosos receberam a caderneta (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). Foi organizado um sistema de registro para viabilizar situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento. Esse alerta ocorria da seguinte maneira: os ACS preenchem no registro os idosos do dia com entrega das cadernetas de saúde da pessoa idosa e informam no encontro semanal de monitoramento.

Objetivo 5. Mapear os idosos de risco da área de abrangência

Meta 5.1. Rastrear 100% das pessoas idosas para risco de morbimortalidade.

No primeiro mês, 93 idosos foram rastreados para risco de morbimortalidade (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). Destes, 298 idosos estavam em risco e foram acompanhados pela equipe na UBS ou por visitas domiciliares. Foi alcançada a meta proposta de 100%. A melhoria na qualidade de realização de duas ações propostas no projeto, que tinham dificuldade na sistematização, além de ser cumpridas com anterioridade nos meses 1 e 2, melhorou a sistematicidade e qualidade no cumprimento delas no mês 3 da intervenção, elas são: monitorar o número de idosos de maior risco de morbimortalidade identificados na área de abrangência e priorizar o atendimento a idosos de maior risco de morbimortalidade, a equipe está dando continuidade nestas ações.

Objetivo 6. Promover a saúde dos idosos.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis a 100% das pessoas idosas.

No primeiro mês, 93 idosos receberam orientação nutricional (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). Neste objetivo foi cumprida a meta proposta de 100%. Foram realizadas palestras feitas para a população, além da avaliação nutricional de todos os idosos agendados visitas domiciliares. Essa avaliação era feita pela nutricionista ou médico da equipe.

Meta 6.2. Garantir orientação para a prática regular de atividade física a 100% idosos.

No primeiro mês, 93 idosos receberam orientação para a prática de atividade física (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). Foram feitas as palestras na população, havendo melhor estabilidade das ações planejadas para a intervenção a partir do terceiro mês. A dificuldade para cumprir essa meta foi a demanda do gestor municipal para estabelecer parcerias institucionais para realização de atividade física, mas apesar disso, realizamos as instruções. A equipe ainda trabalha no melhoramento das parcerias com educação para a realização das atividades físicas dos idosos com sistematização. As atividades foram feitas, mas com muitas dificuldades.

Meta 6.3. Garantir orientações sobre higiene bucal (incluindo higiene de próteses dentárias) para 100% dos idosos cadastrados.

No primeiro mês, 93 idosos receberam orientação sobre higiene bucal e de próteses dentárias (100%), já no segundo mês, foram 163 idosos (100%) e no terceiro mês 342 idosos (100%). Este bom resultado deve-se a parceria estabelecida com o dentista da equipe e do empenho e engajamento desse profissional nas atividades da intervenção.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Mimbó, na cidade de Amarante, que aconteceu durante 12 semanas, propiciou o cadastramento de 100% da população idosa, ampliando a cobertura e também melhorando o acompanhamento da pessoa idosa. Houve uma importante melhoria do registro se a qualificação da atenção, com destaque para o controle de doenças crônicas como a HAS e DM, ampliação do exame dos pés dos diabéticos e classificação de risco e melhoria do controle dos medicamentos para o controle de suas doenças. A equipe foi incansável na busca de 100% de resultado para todos os indicadores de qualidade, destacando-se as avaliações multidimensionais rápidas e atendimento odontológico realizado para todos os idosos da área.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativa ao rastreamento, busca domiciliar, atendimento integral da pessoa idosa, educação em corretos hábitos alimentares, atividade física, diagnóstico e avaliação para as redes sociais, e o tratamento em dia e monitoramento das principais doenças da pessoa idosa. Além disso, a equipe foi capacitada para fazer o correto acompanhamento da HAS e DM, doenças crônicas muito frequentes na população idosa e avaliação e atendimento odontológico como parte da promoção de saúde, às vezes esquecida como parte importante do cuidado da saúde da pessoa idosa. Esta intervenção, com todas suas atividades, promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da equipe de odontologia e da equipe de recepção da UBS.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à pessoa idosa, assim como suas doenças eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da

equipe, viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, assim como a atenção integral, melhorando a qualidade do serviço. A melhoria do registro e o agendamento dos idosos com HAS e DM viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos idosos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, assim como a avaliação na velhice, as consultas multidimensionais rápidas, o atendimento odontológico e a garantia das medicações da farmácia popular.

Todas as ações tiveram impacto na população idosa com uma maior satisfação deles com o atendimento recebido, a integração da comunidade nas ações do projeto assim como dos principais líderes, o que foi muito importante para o melhor entendimento da população e a rapidez das ações planejadas.

Se a intervenção iniciasse hoje, algumas ações seriam realizadas de forma diferente. A equipe teria um treinamento melhor no início da intervenção, para que pudesse sistematizar melhor as ações desde o início. Além disso, as ações coletivas na comunidade, as atividades de grupo poderiam ter maior e melhor participação das redes sociais dos usuários, já que estes são indispensáveis para atuação nas dimensões cultural e social. Também poderíamos tentar envolver mais a família com a participação das ações do projeto, pois a participação de familiares não foi a totalidade. Nos espaços de tomada de decisões da equipe, poderíamos discutir mais sobre a função da secretaria de saúde.

A incorporação das ações do projeto na rotina da UBS, com a capacitação da equipe em o cadastramento das pessoas idosas, o acompanhamento nas doenças crônicas, a educação para a saúde, as visitas domiciliares dos acamados entre outras das ações que já pode ser observada nos relatórios mensais da equipe. A avaliação das ações da intervenção segue sendo realizada, com uma melhoria continuada do atendimento, acompanhamento e qualidade da atenção a pessoa idosa na comunidade de Mimbó. Como próximo passo, a equipe pretende melhorar a qualidade do atendimento das crianças na comunidade de Mimbó e já contamos com a experiência do projeto da pessoa idosa, que poderia adiantar o desempenho da equipe no novo projeto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Este relatório objetiva descrever os resultados da intervenção realizada na ESF Mimbó com o propósito de obter uma melhoria da qualidade do atendimento à saúde da pessoa idosa na área adstrita à ESF Mimbó, onde temos uma população envelhecida com 426 idosos. Essa população torna-se mais vulnerável a doenças crônicas e precisam de uma melhor atenção à saúde, com ações voltadas à educação em saúde e para garantia de engajamento público.

O trabalho inicial da equipe foi cadastrar todos idosos da área. Após, todos os profissionais da equipe foram treinados para realizar atendimento de qualidade de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. A capacitação dos profissionais de saúde da ESF também objetivou o estabelecimento do papel de cada profissional nas ações programadas e capacitação dos ACS para cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa e idosos acamados ou com problemas de locomoção. Houve contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância das ações programáticas para melhoria da saúde dos idosos, solicitando apoio e assistência às consultas prioritárias.

No projeto foram propostas 130 ações em quatro áreas fundamentais: monitoramento e avaliação (24 ações), organização e gestão de serviços (43 ações), engajamento público (31 ações) e qualificação da prática clínica (32 ações), gerando um total de 130 ações. Dessas ações, todas foram realizadas por toda a equipe de saúde da ESF Mimbó. A intervenção aconteceu da seguinte forma: no primeiro mês de intervenção- mês de abril/2015 - foram atendidos 108 idosos. Já no mês maio foram 100 consultas, para um atendimento acumulado de 208 idosos. No mês junho, foram atendidos 218 idosos, completando o total do universo de idosos adstritos na área de saúde atendidos pela equipe no período de 3 meses. Se for feita uma

análise por sexo, foram 195 homens e 231 mulheres cadastradas no projeto de intervenção. Além da alta cobertura, é importante também destacar que todos os idosos atendidos receberam avaliações multidimensionais rápidas, além de avaliação odontológica, avaliação para morbimortalidade, avaliação para as redes sociais em dia, para fragilidade na velhice, orientação nutricional, orientação sobre atividade física, orientação para hábitos saudáveis, avaliação para quedas e atualização dos medicamentos disponibilizados na farmácia popular.

As doenças crônicas estão com alta prevalência na população de idosos na área adstrita. O número de usuários da área com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi 342 idosos. Todos tiveram medicamentos garantidos na sua consultam médica. Apesar disso, é importante destacar que precisamos investir mais tempo com atividades educativas e preventivas para que se reduza a prevalência dessas doenças na população.

O trabalho tem sido igualmente distribuído para toda a equipe. Entretanto, tivemos dificuldade no cumprimento de algumas ações do projeto, onde as principais causas foram: pouca capacitação fornecida aos ACS, os repetidos erros na informação que tiveram como consequência o atraso no trabalho, a falta de organização das ações planejadas e falta de organização da logística. Além disso, há falta de conhecimento da população sobre o risco e as prioridades de atendimento aos idosos, atraso na contra-referência e recebimento dos resultados de exames solicitados. Em nome de nossa equipe, solicito apoio da gestão do município para facilitar a resolução desses problemas.

Finalmente, a equipe tem incorporadas todas as ações no sistema do trabalho e as atividades promovidas nestes 3 meses de intervenção são rotina na ESF. Estamos mantendo a prioridade das demais atividades no planejamento do trabalho pactuado no encontro mensal, e temos feito discussão do cumprimento das ações planejadas para o mês.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório objetiva descrever os resultados da intervenção realizada na ESF Mimbó com o propósito de obter uma melhoria da qualidade do atendimento à saúde da pessoa idosa na área adstrita à ESF Mimbó, onde temos uma população envelhecida com 426 idosos. Essa população torna-se mais vulnerável a doenças crônicas e precisam de uma melhor atenção à saúde, com ações voltadas à educação em saúde e para garantia de engajamento público. Esse trabalho tem sido possível com a participação toda da comunidade na ajuda à equipe de saúde para programação das ações de acordo com protocolos do Ministério da Saúde para o atendimento com qualidade da pessoa idosa. Temos priorizado o trabalho do atendimento dos idosos da área, mas a mesma atenção tem sido dada ao resto das atividades com o restante da população.

O trabalho inicial da equipe foi cadastrar todos idosos da área. Após, todos os profissionais da equipe foram treinados para realizar atendimento de qualidade de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde. A capacitação dos profissionais de saúde da ESF também objetivou o estabelecimento do papel de cada profissional nas ações programadas e capacitação dos ACS para cadastramento de todos os idosos da área adstrita no programa e idosos acamados ou com problemas de locomoção. Houve contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância das ações programáticas para melhoria da saúde dos idosos, solicitando apoio e assistência às consultas prioritárias.

No projeto foram propostas 130 ações em quatro áreas fundamentais: monitoramento e avaliação (24 ações), organização e gestão de serviços (43 ações), engajamento público (31 ações) e qualificação da prática clínica (32 ações), gerando um total de 130 ações. Dessas ações, todas foram realizadas por toda a equipe de

saúde da ESF Mimbó. A intervenção aconteceu da seguinte forma: no primeiro mês de intervenção- mês de abril/2015 - foram atendidos 108 idosos. Já no mês maio foram 100 consultas, para um atendimento acumulado de 208 idosos. No mês junho, foram atendidos 218 idosos, completando o total do universo de idosos adstritos na área de saúde atendidos pela equipe no período de 3 meses. Se for feita uma análise por sexo, foram 195 homens e 231 mulheres cadastradas no projeto de intervenção. Além da alta cobertura, é importante também destacar que todos os idosos atendidos receberam avaliações multidimensionais rápidas, além de avaliação odontológica, avaliação para morbimortalidade, avaliação para as redes sociais em dia, para fragilidade na velhice, orientação nutricional, orientação sobre atividade física, orientação para hábitos saudáveis, avaliação para quedas e atualização dos medicamentos disponibilizados na farmácia popular.

As doenças crônicas estão com alta prevalência na população de idosos na área adstrita. O número de usuários da área com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus foi 342 idosos. Todos tiveram medicamentos garantidos na sua consultam médica. Apesar disso, é importante destacar que precisamos investir mais tempo com atividades educativas e preventivas para que se reduza a prevalência dessas doenças na população. É importante que todos saibam que o acolhimento dos idosos hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares foram feitos.

A logística para desenvolvimento dessas ações foi garantida pela Secretaria de Saúde do nosso município, que garantiu também os equipamentos que precisamos nas consultas. Os Agentes Comunitários de Saúde têm sido muito responsáveis com garantir a assistência à consulta dos idosos agendados. Vamos a continuar precisando da ajuda de toda a comunidade para dar continuidades às ações até aqui logradas nesta área de saúde. Por isso, pedimos que você entre em contato com seu Agente Comunitários de Saúde caso precise de assistência a idosos de sua família ou de sua vizinhança.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A aprendizagem que obtive na especialização foi transformadora. Através do objetivo de obter transformações no quadro de saúde da área, as ações desenvolvidas foram de modo consciente construindo conhecimento crítico, integral e participativo nas ações da intervenção e na prática diária, aprendendo com os erros e por intermédio das reflexões críticas, monitoramento sobre a situação de saúde da área adstrita antes da intervenção durante e depois da intervenção. As transformações de perspectivas e o reconhecimento do papel essencial desempenhado pela comunidade e pela equipe de saúde atribuíram determinado sentido às mudanças da realidade.

O processo de aprendizagem é focado, moldado e delimitado por um quadro de referências na realidade de saúde. As ações concretas que envolveram os atores em uma intervenção só resultou em ganho para a saúde das pessoas idosas e da comunidade em geral da área da ESF Mimbó, como também para a equipe que aumentou os horizontes das expectativas de seu próprio trabalho através das novas ações e forma de trabalho.

O curso permitiu, então, uma integração mais inclusiva e determinante da equipe e comunidade. Uma perspectiva superior que envolve a equipe de saúde e a comunidade permitirá melhorias em outras áreas da saúde, possibilitando ações perspectivas ainda mais inclusivas e melhorias ainda mais significativas na situação de saúde na ESF Mimbó.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: nº19_reimpressão. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº2 528 de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSI. Brasília, 2006.

BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica.**Consolidado das famílias cadastradas de outubro de 2014** - Amarante-SIAB. Acessado em: 12/04/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**: no 26_reimpressão. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**: no 32_reimpressão. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Saúde da Criança**: Crescimento e Desenvolvimento: no 33_reimpressão. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária**: no 29_reimpressão. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Acolhimento à Demanda Espontânea**: Queixas mais comuns na Atenção Básica: no 28_reimpressão. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas**: Hipertensão Arterial Sistêmica: no37_reimpressão. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas**: no35_reimpressão. Brasília, 2014.

Apêndices

Apêndice A – Fotografias da Intervenção

Atividades de educação física da pessoa idosa.



Atividades de educação para a saúde.



Palestras de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Pessoa Idosa.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 3								
Dados para coleta	Número do Idoso	Nome do Idoso	Idade do Idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Rápida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso é prescrito medicamento prioritário pela Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	44							
	45							
	46							
	47							
	48							
	49							
	50							
	51							
	52							
	53							
	54							
	55							
	56							
	57							

Anexo D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Osvaldo Castellanos Rabanal), (médico e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

_____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.